

Universidade Tiradentes – UNIT
Bacharelado em Odontologia

Emerson Bezerra de Souza

HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE:
O CONHECIMENTO E APLICAÇÃO DA TÉCNICA ENCERRAM A RELAÇÃO
PROFISSIONAL-USUÁRIO?

Aracaju - SE
Jun./2012

EMERSON BEZERRA DE SOUZA

HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE:
O CONHECIMENTO E APLICAÇÃO DA TÉCNICA ENCERRAM A RELAÇÃO
PROFISSIONAL-USUÁRIO?

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Bacharelado em Odontologia da Universidade Tiradentes - UNIT para fins de conclusão do curso de graduação.

Orientadora: Prof^a Ms. Simone Alves Garcez Guedes.

EMERSON BEZERRA DE SOUZA

HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE:
O CONHECIMENTO E APLICAÇÃO DA TÉCNICA ENCERRAM A RELAÇÃO
PROFISSIONAL-USUÁRIO?

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Bacharelado em Odontologia da Universidade Tiradentes - UNIT para fins de conclusão do curso de graduação.

Aprovada em: ___/ ___/ ___.

Banca examinadora:

Prof^ª Ms. Simone Alves Garcez Guedes.
Universidade Tiradentes-UNIT
Orientadora

Convidado (a)

Convidado (a)

Agradecimentos

Aos meus pais, Maria do Carmo de Souza e Eufrázio de Souza (*in memoriam*), meus irmãos Edson, Edna, Eric e a minha querida prima e irmã Monique que com muito apoio e amor, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

A professora Simone Guedes pela sua paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho de conclusão de curso.

Aos amigos, pelo incentivo e carinho constantes, não citarei nomes para não cometer injustiças.

Enfim, agradeço às inúmeras pessoas que de forma direta ou não, contribuíram para a sua realização, muitas vezes sem o saber.

Muito obrigado por tudo!!!

HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: O CONHECIMENTO E APLICAÇÃO DA TÉCNICA ENCERRAM A RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO?

Emerson Bezerra de Souza^a; Simone Alves Garcez Guedes^b

^(a) Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes;

^(b) Ms. Professora de Saúde Bucal Coletiva do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo central a análise da relação profissionais da saúde/usuários no contexto da saúde pública, do reflexo da formação profissional e, posteriormente, na prática clínica destes profissionais. A partir de uma abordagem teórica, a humanização é tomada aqui enquanto conceito, enquanto prática política e enquanto alvo e ideal a ser alcançado na interação profissional/usuário. No que se refere à formação ético-profissional no campo da saúde, bem como do uso das novas tecnologias disponíveis no mercado atual e de sua aplicação no sistema público de saúde brasileiro são tratados aqui, ainda, alguns dos vieses que podem despertar uma nova forma de entendimento para os falsos argumentos que ainda sobrevivem e dão conta de negar essa dimensão tão necessária que é a da humanização no campo da saúde pública. A importância dessa pesquisa reside justamente na manutenção dessa discussão tão importante no cenário atual, visto ser esta extremamente vital para a efetivação das mudanças qualitativas almejadas pelos usuários da saúde pública no Brasil. Por fim, espera-se que o presente estudo sirva de ferramenta para inspirar formas de convivência outras entre profissionais da saúde e usuários, sendo todos guiados pelos princípios de humanização.

Palavras-chave: humanização; saúde; política pública; formação profissional.

ABSTRACT

This study aims to analyze the relationship between health professionals/users at the government in the context and the reflection of this context in training and subsequently in the clinical practice of these professionals. From a theoretical approach, humanization is taken here as a concept, as a political practice and as a target and an ideal to be achieved in interactions between professional/patient. With regard to the ethical and professional training in the health field as well as the use of new technologies available in today's market and its application in the Brazilian public health system are treated here, though, some of the biases that can awaken a new way of understanding for the false arguments that still survive and still deny this extremely necessary dimension that is the humanization of the field of public health. The importance of this research lies precisely in the maintenance of this important discussion in the current scenario, seeing this as an extremely vital topic for the realization of the qualitative changes desired by the users of public services for health in Brazil. Finally, it is expected that this study will serve as a tool to inspire other forms of interaction between health professionals and patients, all guided by the principles of humanization.

Keywords: Humanization; Health; Public Politic; Professional Training.

1 Introdução

A emergência da humanização como categoria prática no serviço público de saúde brasileiro nasce de um contexto de aumento da demanda por serviços de saúde pela população somada à falta de estrutura física e de recursos humanos. A soma destes fatores termina por aumentar as queixas dos usuários desses serviços sendo que denúncias de maus tratos e descaso no atendimento ganham cada vez mais notoriedade na mídia e nas publicações científicas, face a veracidade dos fatos (HOGA, 2004).

Diante desse novo contexto que se instaura, Rios (2009) aponta que o aparecimento da humanização como tema freqüente nos serviços de saúde e nos estudos científicos na área se apresenta sob a forma de manifestações ideológicas, programas, construções teóricas e abordagens técnicas diversas, fazendo dessa temática “um instigante campo de inovação da produção teórica e prática na área da saúde”. Nesse tocante, Goulart e Chiari (2010) completam dizendo ser a humanização “um objetivo permanente, uma meta central a ser buscada por qualquer política ou projeto de saúde”.

Rios (2009) pontua ainda que, sob várias óticas, a humanização pode ser compreendida como: um princípio de conduta de base humanista e ética; um movimento contra a violência institucional na área da saúde; uma política pública para a atenção e gestão no SUS; uma metodologia auxiliar para a gestão participativa; e, uma tecnologia do cuidado na assistência à saúde. Desdobrando um pouco mais este sentido, a humanização do atendimento abrangeria fundamentalmente aquelas iniciativas que apontam para a “democratização das relações que envolvem o atendimento”, o “maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente”, o “reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais”, ou ainda, o “reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico”. Em suma, o desafio da humanização diria respeito à possibilidade de se constituir “uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo” (DESLANDES, 2004 citado por TEXEIRA, 2005)

A alteridade, ou seja, o pressuposto de que todo homem social interage e depende do outro, bem como o diálogo implicado nessas relações como aponta anteriormente por Deslandes carecem, portanto, de uma relação de respeito e comprometimento não apenas com a demanda apresentada pelo paciente, mas também com ele

próprio enquanto pessoa. Nas palavras de Goulart e Chiari (2010):

Uma relação amistosa, de respeito, cordialidade e, principalmente, em que a escuta dos anseios, desejos, demandas e sentimentos do paciente e de seus familiares seja possível, contribui para a resolutividade das ações de educação e promoção da saúde, contribuindo para que não se perca o sentido da atuação do trabalhador neste setor da sociedade, bem como para o desenvolvimento da sociedade na qual estamos inseridos.

Assinalando novas de construção da convivência com esse outro na relação profissional de saúde/paciente, Goulart e Chiari (2010) defendem ainda que “a humanização depende [...] de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso”. Visando esse objetivo nota-se como salutar a organização de novas formas de vínculo entre equipes de saúde e usuários, apontando para uma lógica onde seria do entendimento geral dos profissionais a sua lida diária com pessoas e suas respectivas necessidades individuais, necessidades estas que resultam em implicações também diversas. Enfim, na opinião do auto, o desafio da humanização está no estabelecimento de novos caminhos de convivência fora do aparente antagonismo profissional/paciente.

Nesse sentido, o presente estudo tomou como objetivo análise da relação profissional da saúde/usuário na esfera governamental no contexto da saúde pública e do seu reflexo na formação profissional e na prática clínica.

2 A Humanização, conceitos e práticas

Há décadas o conceito de humanização das práticas e da atenção à saúde vem ganhando destaque na pauta das discussões em todo o mundo. No contexto brasileiro, essa temática mostra-se cada vez mais relevante diante da necessidade de aplicação dos princípios de equidade e participação social do usuário nos processos decisórios relativos às práticas diárias de saúde nos quais residem a manutenção de sua vida. A cada dia, diante desse novo cenário, há uma crescente na busca de formas de trabalho que valorizem a dignidade tanto do trabalhar da saúde quando do usuário desses serviços (GOULART;

CHIARI, 2010). Afirmam ainda que a efetivação das ações voltadas para práticas mais humanizadas na saúde passam por diversos aspectos, e é preciso que, já na formação profissional, sejam contemplados os diversos aspectos inerentes à humanização dos serviços e das relações entre esses profissionais e seus pares, assim como deve ser feito nos trabalhos de mobilização social para melhora das relações entre os pacientes e seus próprios familiares durante o tratamento.

Complementando essa abordagem, Simões *et al* (2007) dizem que o termo humanização vem sendo empregado com diferentes acepções e entendimentos na área da atenção à saúde. O autor informa, ainda, que é notória a preocupação de todos os autores nesse sentido, procurando conceituar o termo de acordo com a vivência que se tem dele.

Chamando a atenção da temática para uma diferente abordagem, Rios (2009) diz que, a partir de uma abordagem filosófica, a humanização passa a ser entendida como um termo que encontra suas raízes no Humanismo, sendo que esta corrente distingue o valor e a dignidade do homem, “considerando sua natureza, limites, interesses e potenciais”.

“Humanizar é, ainda, garantir à palavra a sua dignidade ética”, esse ato implica um processo de empatia e reciprocidade onde o sofrimento humano, suas percepções de dor ou de cura no corpo precisam também ser dadas por palavras que tenham significado tanto para quem as exprime, quanto para quem as recebe como meio de cura (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Segundo Rios, a humanização tem seu fundamento justamente nesse movimento de respeito e valorização da pessoa humana, sendo este empreendimento parte de um processo de transformação de uma cultura de conduta institucional, agora baseada na construção coletiva dos compromissos éticos que atravessarão as ações de atenção à saúde e a gestão desses serviços (2009).

É importante, no entanto, abrir um parêntese para explicar que essa mudança das pessoas que se almeja não é um resgate de um pensamento assistencialista e benevolente. O SUS que dá certo não é, portanto, aquele onde os profissionais estão comprometidos a fazer o bem ao outro por caridade. Pelo contrário, os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) condenam esse tipo de prática, visto que estas dão um caráter errôneo às práticas que devem sim ser pautadas por princípios éticos, porém, tendo como direção o estabelecimento de uma nova cultura onde os sujeitos (profissionais e pacientes)

devem ser autônomos e protagonistas. (PEDROSO; VIEIRA, 2009)

Posto dessa maneira, humanizar, então, não mais se refere ao absurdo da suposição de uma progressão na escala biológica ou antropológica na relação entre os homens. Ela tem sua face muito mais voltada para o reconhecimento da dimensão essencial da natureza humana, que é a base de todos os acordos de cooperação e participação popular, bem como do estabelecimento de diretrizes de uma conduta ético-profissional condizente com os valores humanos coletivamente pactuados na organização em sociedade (RIOS, 2009). Goulart e Chiari ilustram esse entendimento dizendo que

O processo de humanizar baseia-se na atitude simples de se disponibilizar para ouvir e contar, trocar experiências e comparar seu processo histórico com o outro. A identificação com esse outro, a reciprocidade de vidas e ações é que permite a identidade humana e o reconhecimento da possível imperfeição, mas também a ilimitada possibilidade do fazer de novo. (2010)

A humanização tem um vasto campo de descobertas ainda pela frente, é um processo demorado e complexo no qual muitos profissionais até mesmo usuários ainda oferecem resistência, especialmente frente as exigências de rapidez no atendimento que o mercado exige. A adesão do profissional e do paciente à essas novas formas de entendimento da prática das ações de saúde envolve inúmeras questões, entre elas questões relacionadas ao perfil do paciente, às doenças, às formas de tratamento, à organização das instituições de saúde, entre outros (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Portanto, “humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade como um todo”, não podendo esquecer nesse apelo a novas formas de conduta que há também a interferência de fatores externos ao campo das instituições de saúde que interferem direta e indiretamente em seu funcionamento. O contexto brasileiro engloba não só uma política de mudanças das práticas dentro desse campo de intervenção, mas também em outros campos da sociedade que estejam ligados à disponibilização de oportunidades de melhora na qualidade de vida de todos, tanto profissionais da saúde, quanto pacientes (SIMÕES *et al*, 2007).

Para além da dimensão prática da vida diária, Hoga (2004) chama a atenção para o fato de que para haver a humanização plena da vida “há que se redescobrir o verdadeiro eu”. Essa busca, segundo a

autora, exige uma abertura para o “auto-conhecimento e o contato com a próprias dores” que residem ocultas no íntimo de cada um. “Esta consciência de si contribui para promover recursos para remover ou tornar mais suaves as próprias máscaras”, diminuindo pressões que interferem na regulação do corpo e da mente. A autora diz também que, para que isso se efetive, é preciso que todos estejamos abertos para essa mudança e dispostos a assumir as implicações da mesma, sendo importante, nesse intuito, até mesmo a ajuda de um outro profissional.

3 Humanização enquanto política pública na saúde

No cenário político brasileiro figura uma série de questões que de forma direta e indireta terminam por interferir na aplicabilidade das políticas públicas. Essas questões culturais e socioeconômicas agem então como impedimentos para o alcance de resultados significativos dentro do SUS. Dentro dos fatores que contribuem com a perduração desse contraste entre políticas públicas na teoria e na prática estão os seguintes: “a limitação de recursos financeiros, as amarras administrativas e gerenciais do setor público, as constantes desavenças políticas e o despreparo dos profissionais” (SIMÕES *et al*, 2007).

Ainda de acordo com essa perspectiva, Santos-Filho e Barros (2007) concordam que a humanização nada mais é que uma “estratégia política”, sendo, portanto, o Humaniza-SUS mais um trunfo valioso para embelezar o discurso político.

No entanto, tomando uma perspectiva diversa, Puccini e Cecilio (2004) abordam que:

o que importa sobre o movimento humanizador, como contribuição para o provimento de necessidades, não é julgar seu status moral ou seu grau de compromisso com uma eficiência operacional dirigida pelas “necessidades necessárias”; o que está em jogo é a finalidade, o potencial e a direção desse movimento para o enriquecimento humano capaz de colocar socialmente em questão as amarras culturais, sociais, políticas e econômicas que travam a conquista de novos padrões universais e solidários de qualidade de vida.

A partir dessa assertiva, podemos desvincular também a prática profissional das amarras que a administração política brasileira suscita.

3.1 Práticas clínicas e humanização: serão estes termos antagônicos?

É imperativo reconhecer que a temática da humanização no atendimento à saúde ganha cada vez mais notoriedade no contexto atual, sendo que o ideal de atendimento deve estar calcado nos princípios da integralidade da assistência, da equidade e da participação do usuário. Esses princípios, por sua vez, terminam por gerar uma segunda demanda, que é a revisão das práticas dos profissionais da esfera da saúde (SIMÕES *et al*, 2007).

No entanto, cabe destacar também os antagonismos que percorrem o alcance desses objetivos, dentre eles, Goulart e Chiari (2010) dão destaque para a visão romântica que ainda se mantém sobre o local de trabalho do profissional da área da saúde, os quais, em grande parte, preocupam-se com o conforto e a estética dos espaços de trabalho futuro, ficando para segundo plano ou para o choque com a atividade prática a preocupação com a dimensão da qualidade do atendimento pessoal com os usuários dos serviços.

Oliveira, Collet e Vieira (2006), por sua vez, enfatizam que “sem comunicação não há humanização”. Em suas palavras:

A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo, não apenas como uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo pré-determinado, mas sim como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco.

Na relação do profissional com o paciente, Rios (2009) diz que a escuta não é só um ato de generosidade e de boa vontade; a escuta é também um “recurso técnico” imprescindível no estabelecimento da relação profissional/paciente, tanto para o diagnóstico quanto para a terapia. No que se refere ao espaço físico, Rios defende que este não deve ser apenas um lugar qualquer, mas sim a

referência, a base, para o estabelecimento da gestão participativa.

Esse espaço de troca, no entanto, como o próprio nome o diz, não pode ser entendido como um lugar pensado por técnicos para intervenção com os usuários. Essas ações, pelo contrário, devem ser encaradas como uma via de mão dupla, que visa o estabelecimento de novos padrões de qualidade de vida para os “sujeitos concretos” envolvidos, sejam eles técnicos ou usuários (GOULART; CHIARI, 2010). Essa é, portanto, uma relação horizontal.

Os mesmos autores apontam como entraves para o estabelecimento dessas relações a predominância de estruturas administrativas ainda tradicionais e rígidas, guiados por uma burocracia que impede a manutenção de relações de troca baseadas na ética e na solidariedade e que tenham como objetivo fundamental o aprendizado contínuo e a vivência do ambiente de trabalho de forma saudável (GOULART; CHIARI, 2010).

O Cuidado e o gerenciamento dos processos de serviços em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. Segundo Goulart e Chiari (2010) “são necessários arranjos e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento nos serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo práticas de corresponsabilização, de cogestão, de grupalização”.

Oliveira, Collet e Vieira (2006) acrescentam que o contato diário dos profissionais da saúde com a dor e o sofrimento, doenças terminais, entre outros, termina por gerar tensões que interferem no comportamento dos profissionais. Desse modo, “cuidar de quem cuida” é igualmente indispensável para o desenvolvimento de projetos em nome da humanização das práticas.

Nesse tocante, cabe destacar que ainda existem muitas falhas na organização dos procedimentos do atendimento, entre elas:

[...] as longas esperas e adiamentos de consultas e exames, a deficiência de instalações e equipamentos, a despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração, a falta de preparo psicológico e de informação, bem como a falta de ética por parte de alguns profissionais (SIMÕES et al 2007).

Na opinião dos mesmos autores, as instituições não são ainda um ambiente adequado, com um número de profissional e equipamentos suficientes, entre outros ajustes; a “humanização implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado” (SIMÕES et al 2007).

Cabe destacar, ainda, que falar de humanização na saúde não faz sentido quando tira-se, na prática, a humanidade também dos trabalhadores, dando-lhes condições precárias de trabalho que são agravadas com o acúmulo de funções e sobrecarga de atividades, a jornada duplicada ou triplicada, as dificuldades de se conciliar vida profissional e familiar, os salários baixos e as precárias condições dos locais de trabalho. Todos esses fatores, somados, geram desgaste físico e emocional, sendo, portanto, “irônico” falar de humanização das práticas sem humanizar as condições de trabalho dos profissionais da saúde (SIMÕES et al 2007).

A cobrança sobre a valorização da sensibilidade e da afetividade, boa parte das vezes é entendida também pelos profissionais como “caridade”, como boa ação de “profissionais abnegados”, que lançam mão do seu precioso tempo para demorar-se mais com o paciente. Esse entendimento pressupõe que os profissionais detêm naturalmente virtudes, “qualidades humanas essenciais” e termina por negar o fato de que esse comportamento vai de encontro à lógica da humanização, visto que esta pressupõe “um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável, compartilhando saber, poder e experiência vivida” (GOULART; CHIARI, 2010).

A administração desse poder, o “poder científico”, como se ele investisse de qualidade o profissional, termina por tornar objeto o usuário, como se este fosse apenas moeda, fonte de lucro, assim, “o ‘comércio’ da doença acaba se sobrepondo à dignidade da pessoa (SIMÕES et al, 2007)

Estar ciente das características da pessoa a ser atendida aumenta a possibilidade do vínculo profissional/cliente, um aspecto essencial da assistência humanizada. A possibilidade do vínculo torna-se mais concreta se os profissionais tiverem meios adequados para conhecer seus pacientes, de forma sistemática. Esta forma de ver e planejar o cuidado requer o abandono de posicionamentos hegemônicos por parte dos profissionais, e sua substituição pela consideração da realidade, perfil e bagagem de conhecimentos sobre práticas de cuidado e cura

no processo saúde-doença, na visão dos próprios clientes. (HOGA, 2004).

Hoga (2004) diz que o atendimento à saúde precisa ter resolubilidade, pois o efetivo equacionamento ou a solução dos problemas de saúde e de cuidado apresentados pelos clientes é essencial para a humanização da assistência. A autora ainda aborda comentando que a ética da assistência merece semelhante atenção e abrange a possibilidade concreta dos pacientes seguirem os tratamentos que lhes são prescritos. A esfera estética é outra faceta a considerar e integra a atenção atribuída às condições ambientais, à higiene e limpeza, à identificação nominal dos pacientes e seus acompanhantes, entre outros. Assim, falar em humanização na saúde coletiva implica pensar em novas formas de tornar os serviços resolutivos, levando-se em conta as necessidades de técnicos e usuários, visto que esse processo é de responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos (SIMÕES *et al*, 2007).

3.2 Humanização e novas tecnologias

Entra no mérito da discussão sobre humanização e tecnologia deve-se ao fato que esses avanços tecnológicos presenciados atualmente são tratados, muitas vezes, como sendo a causa de um suposto abandono às práticas de diálogo antes tidas como essenciais para o diagnóstico (SIMÕES *et al*, 2004).

Atualmente, como pontua Rios (2009) estudos mostram que o enfoque nessa dimensão biológica da doença e no diagnóstico das mesmas através do uso de novas tecnologias, além de ampliar o acesso aos bens e serviços na área da saúde por parte da população, terminaram por gerar outras consequências, aumentando o “abismo” entre o profissional da área médica e o paciente. Nesse entendimento:

Associado ao desenvolvimento tecnológico que experimentamos neste período, a doença vem sendo comumente interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Este modelo considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais,

psicológicos e comportamentais (GOULART; CHIARI, 2010).

Assim, a tecnologia, no movimento de aumentar a capacidade de sobrevivência humana, tornou-se também um intermediário que afasta profissionais e pacientes, diante das necessidades de agilidade, aumento da produtividade, mexendo também com a vaidade dos profissionais numa lógica de competição baseada no capitalismo:

Os pacientes passam, então, à condição de objetos de estudo e manipulação na construção do saber e da prática “científica”. E os profissionais, à condição de peças e engrenagens que fazem funcionar a máquina institucional. O tecnicismo [desse modo] perde de vista estados vivenciais importantes para a realização do cuidado à saúde (RIOS, 2009).

Por outro lado, as contribuições dos avanços tecnológicos não podem ser subjugados, ao mesmo tempo em que devem ser cada vez mais valorizadas as dimensões psicológica e cultural da doença (GOULART; CHIARI, 2010).

Para ilustrar, podemos nos remeter à ingênua questão de que a prática clínica estaria sendo substituída pelo uso extensivo de tecnologias, em detrimento do encontro entre os sujeitos. Ou seja, as tecnologias, aqui representadas pelos exames de apoio diagnóstico, procedimentos e intervenções, estariam “tomando o lugar” da interação entre os diferentes atores mediada pelas trocas verbais, suas histórias e narrativas. Entretanto, esta linha de raciocínio é rapidamente relativizada quando reconhecemos que todos nós vivemos num mundo inexoravelmente mediado por técnicas e tecnologias. (DESLANDES citado por MITRE, 2009).

Ou seja, já que vivem todos em um mundo mediado por novas tecnologias, estas não podem ser tomadas como causa de um retrocesso no processo de humanização (DESLANDES citado por MITRE, 2009).

3.3 Formação ético-profissional: desafios e possibilidades

Segundo Hoga (2004), muitos profissionais entendem o cuidar como um processo de um via apenas, como se a dedicação oferecida ao trabalho fosse vista apenas enquanto desgaste e não como possibilidade de retorno.

Considera-se, entretanto, que este imaginário está equivocado, pois o processo de cuidar, no sentido da relação entre dois seres humanos, constitui-se de duas vias – o de um ser humano dotado de preparo técnico-científico e humanístico e disponível para o cuidado efetivo e de outro ser que está necessitando de ajuda de um profissional, que é dotado de tais atributos (HOGA, 2004).

Só o entendimento dessa lógica de mão dupla pode gerar o sentimento correspondente, beneficiando o profissional. Humanizar as práticas é, então, uma saída para obter mais satisfação no desempenho da função.

Segundo Deslandes (2004 citado por Teixeira, 2005):

[...] a idéia de “capacitar para” pode induzir a uma busca de soluções para o problema exclusivamente centrada na “formação” dos profissionais [...]. Não raramente, essa “formação” é tomada de uma perspectiva “transmissionista” que, de fato, tem se mostrado uma via bastante estéril, considerando-se os resultados concretos apresentados pelas estratégias de “capacitação para a ética” nas relações terapêuticas e de trabalho, baseadas apenas no proselitismo e na doutrinação das “consciências”.

Ou seja, é uma tentativa de converter assim os profissionais a um novo ideal que se apresenta no contexto histórico em que vivemos. Assim, no entendimento de Goulart e Chiari (2010), “concepções e práticas de saúde humanizadas e comprometidas socialmente são mais prováveis de surgirem em escolas humanizadas”, onde a preocupação com as necessidades da população é mais presente numa lógica na qual “o desenvolvimento da sensibilidade por parte de seus estudantes [é indispensável] para uma ação mais participativa dos pacientes/clientes.

Cabe, ainda, aos professores responsáveis pela formação dos profissionais da área apropriar-se de tais conhecimentos e refletir sobre as possibilidades de trabalhar estes conceitos (e formas de atuação!) com seus alunos, contribuindo para a maior disseminação das informações acerca dos direitos e deveres dos pacientes; mostrando na prática aos outros colegas possibilidades diferentes daquelas historicamente estabelecidas nas relações entre o profissional da saúde e os pacientes e, por fim, contribuindo com a diminuição das injustiças e desigualdades sociais (GOULART; CHIARI, 2010).

O que ocorre, no entanto, na maior parte das vezes, é uma formação baseada no aprendizado de ações curativas e não no preparo para as relações interpessoais. Essa ideia vem também da mesma gênese da dimensão cultural da população de não envolver-se em ações preventivas e de promoção de saúde (SIMÕES et al, 2007).

Portanto, não se pode negligenciar o fato de que, para a efetivação dessas propostas é preciso articular formação profissional e ações educativas com a população, de modo que ambos, não em suas diferenças, mas em seus pontos de convergência, possam estabelecer uma nova cultura: a da humanização (GOULART; CHIARI, 2010).

4 Considerações finais

Na relação profissional da saúde/paciente mostra que muitas vezes no serviço público, a humanização ainda é um objetivo a ser alcançado de forma que atenda e receba o ser humano envolvendo todos os seus princípios.

Não ignorando o fato de que os usuários da saúde pública no país, podem e devem ser sujeitos ativos na construção da política de que são alvo, por fim, cabe reconhecer que deve-se fazer uma reestruturação maior na formação ético-profissional na área da saúde para que os futuros atores das políticas de humanização tenham condições pessoais e profissionais para reatualizar sua prática constantemente, assim como também devem haver investimentos na saúde pública, para que se tenha um atendimento de qualidade e excelência.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
2. DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araujo. **Processo comunicativo e humanização em saúde**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 641-649. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500015>>. Acesso em: 13 Abr 2012.
3. GOULART, Bárbara Niegia Garcia de ; CHIARI, Brasília Maria. **Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.1, pp. 255-268. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S141381232010000100031>>. Acesso em: 13 Abr 2012.
4. HOGA, Luiza Akiko Komura. **A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2004, vol.38, n.1, pp. 13-20. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S008062342004000100002>>. Acesso em: 13 Abr 2012.
5. OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa and VIERA, Cláudia Silveira. **A humanização na assistência à saúde**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2006, vol.14, n.2, pp. 277-284. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S01041169200600200019>>. Acesso em: 13 Abr 2012.
6. PEDROSO, Raquel Turci; VIEIRA, Maria Edna Moura. **Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 695-700. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S141432832009000500020>>. Acesso em: 13 Abr 2012.
7. PUCCINI, Paulo de Tarso; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A humanização dos serviços e o direito à saúde**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.5, pp. 1342-1353. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2004000500029>>. Acesso em: 13 Abr 2012.
8. RIOS, Izabel Cristina. **Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde**. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2009, vol.33, n.2, pp. 253-261. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S010055022009000200013>>. Acesso em: 13 Abr 2012.
9. SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Juju: Ed. Unijuí,2007.
10. SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. **A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 603-613. ISSN 1414-3283. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S141432832009000500012>>. Acesso em: 13 Abr 2012.
11. SIMOES, Ana Lúcia de Assis; RODRIGUES, Fernanda Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Leiner Resende. **Humanização na saúde: enfoque na atenção primária**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2007, vol.16, n.3, pp. 439-444. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S010407072007000300009>>. Acesso em: 13 Abr 2012.
12. TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **Humanização e Atenção Primária à Saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 585-597. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S141381232005000300016>>. Acesso em: 13 Abr 2012.